

## Конфиденциальная информация о состоянии здоровья Решение об урегулировании спора сторонами до вынесения решения Confidential Health Information Consent Agreement

Вы были направлены в Координационное подразделение по патронажному уходу (FWB CCU), потому что наше подразделение может помочь людям, участвующим в уходе за вами, лучше понимать ваши нужды, связанные с состоянием вашего здоровья. В патронажном уходе, важно, чтобы поставщики услуг и другие лица, участвующие в уходе за вами, могли обсудить друг с другом стратегию ухода. Ваша история болезни может содержать следующую информацию о/об:

- услугах по планированию семьи, например, по предупреждению беременности и абортах;
- ВИЧ/СПИД; и/или
- инфекциях, передающихся половым путем (заболевания, которые вы можете получить при половом акте);
- курсах медикаментозного лечения и услугах, связанных/оказываемых в связи с вашим психическим здоровьем;
- услугах в связи с зависимостью от химических веществ.

Поскольку такая медицинская информация является личной, партнеры, у которых есть информация о состоянии вашего здоровья, не могут предоставлять эту информацию иным лицам, если вы не дали на это согласия, или законодательство штата Вашингтон не предусматривает соответствующей возможности. Это касается информации о состоянии вашего здоровья, хранящейся в компьютерных файлах или в бумажном виде.

Подписывая настоящий бланк согласия, я выражаю собственное согласие с тем, что лицам, которых я указал(а) в бланке, разрешено знакомиться с моей личной и конфиденциальной медицинской информацией и консультироваться друг с другом, оказывая мне помощь в рамках организации медицинского ухода за мной. Эта медицинская информация может быть получена до даты подписания вами этого бланка, или после нее. Ваша медицинская карта может содержать информацию о всех болезнях или травмах, которые могли быть у вас ранее; результаты исследований, например рентгенографические исследования или результаты анализов крови; а также информацию о лекарственных средствах, которые вы принимаете или принимали ранее.

Если вы не подписали этот бланк, вы всё еще можете получать услуги Координационного подразделения по патронажному уходу. **Всем лицам старше 13 лет, которые обращаются в наше подразделение, будет задаваться вопрос о том, согласны ли они подписать этот бланк, вне зависимости от того, применяется эта медицинская информация к вам или нет.**

Я СОГЛАСЕН(-СНА) разрешить FWB CCU получать от других партнеров мою медицинскую информацию и обмениваться ею ниже; эта информация включает в себя:

- Всю мою информацию в качестве клиента, включая репродуктивное здоровье (то есть контроль рождаемости, беременность, аборт), результаты анализов на ВИЧ/ СПИД и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), данные по диагностике и лечению (RCW 70.24.105), информацию о состоянии психического здоровья (RCW 71.05.620) и информацию о зависимости от химических веществ (ХВ) (42 CFR Part 2).

ИЛИ только следующую информацию (отметить всё, что применимо):

- Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания, передаваемые половым путем, а также диагнозы и документы о лечении этих заболеваний
- Информация о репродуктивном здоровье (услуги по планированию семьи, например, контроль за рождаемостью и аборт)
- Информация о психическом состоянии (RCW 71.05.620)
- Информация о зависимости от химических веществ (42 CFR Part 2)
- Другое (перечислите): \_\_\_\_\_

Я также СОГЛАСЕН(-СНА), чтобы партнеры, перечисленные в этом бланке могли обмениваться моей медицинской информацией друг с другом, и не могли обмениваться ею с другими лицами, не указанными в этом бланке. Я могу изменить свое решение и отозвать свое согласие в любое время, подписав форму Отзыва согласия, и предоставив ее своему социальному работнику или направив ее в FWB CCU. Это не повлияет на ту информацию, которая уже известна. Инициалы: \_\_\_\_\_

Если ранее не было отменено мною, данная информация действительна пока  я получаю патронажную помощь, или пока \_\_\_\_\_  
ДАТА ИСТЕЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ

ФАМИЛИЯ/ИМЯ КЛИЕНТА ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

ДАТА РОЖДЕНИЯ КЛИЕНТА

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ ЕГО / ЕЁ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ

ДАТА

ФАМИЛИЯ/ИМЯ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

КЕМ ПРИХОДИТСЯ УПОЛНОМОЧЕННЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ КЛИЕНТУ

СПИСОК ИМЕН/НАЗВАНИЙ УЧАСТВУЮЩИХ ПАРТНЕРОВ	ДАТА	ИНИЦИАЛЫ КЛИЕНТА
, Социальный работник Администрации по делам детей		
, Приемный родитель		
, Поставщик первичных медицинских услуг		
, Организации по предоставлению управляемых медицинских услуг		
, Имя и фамилия координатора по уходу из программы «Дом здоровья»		
, Социальный работник / директор профильной службы племени		